



Bachelorgradsoppgave

Tittel: Kognitiv miljøterapi og bipolar lidelse.

Title: Cognitive environmental therapy and bipolar disorder.

Forfatter: Tone Valstad

VPD310

Bachelorgradsoppgave i vernepleie deltid

Avdeling for helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



Sammendrag

Tema i denne oppgaven er kognitiv miljøterapi og bipolar lidelse.

Hensikten med studien var å få økt kunnskap om hvordan kognitiv miljøterapi kan bidra til mestring av hverdagen for personer med bipolar lidelse. Problemstillingen ble da: *“Hvordan kan kognitiv miljøterapi hjelpe voksne personer med bipolar lidelse til å mestre hverdagen”*. For å belyse min problemstilling har jeg gjennomført en litteraturstudie som metode.

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg funnet ut at kognitiv miljøterapi er en av flere miljøterapiformer som fungerer ved diagnosen bipolar lidelse. Jeg har også funnet ut at alle former for miljøterapi har fellestrekk som samspill på et medmenneskelig og respektfullt grunnlag og at samtalen og ulike former for relasjonsbygging er avgjørende virkemidler i arbeidet.

Nøkkelord: bipolar lidelse, kognitiv miljøterapi, mestring

Tiden går ikke fremover – den står stille og går gjerne bakover
Luften gir ikke oksygen nok – den kveler meg sakte
Jeg hører andres velmenende ord – de klør som eksem på sjelen

Jeg er ikke lenger inni,
Men utenpå.

Øyne som ser mot meg – brenner hull på huden
Hender som tar i meg – gir meg små elektriske støt
Ord som sies – griper tak i en neve og vrir sakte rundt

Jeg er ikke inni,
Men utenpå.

Sjelen fryser
Fornuft og følelser kolliderer
Tankene vikles sammen til kaos

Jeg er ikke inni,
Men utenpå.

Med nervene utenpå huden ...

Dikt av «Line».

Innhold:

Sammendrag	s. 2
Dikt	s. 3
 KAPITTEL 1. INNLEDNING	 s. 5
1.1 Egne forkunnskaper og forforståelse av tema	s. 5
1.2 Relevans' for vernepleiefaglig arbeid	s. 5
1.3 Problemstilling	s. 6
1.4 Disposisjon	s. 6
 KAPITTEL 2. TEORIGRUNNLAG	 s. 6
2.1 Bipolar lidelse	s. 6
2.1.1 Å leve med bipolar lidelse og dens utfordringer	s. 8
2.1.2 Behandling av psykiske lidelser	s. 9
2.1.3 Behandling av bipolar lidelse	s. 10
2.2 Mestring	s. 11
2.2.1 Mestring av psykiske lidelser	s. 12
2.3 Kognitiv miljøterapi	s. 13
2.3.1 Kognitiv terapi	s. 14
2.3.2 Miljøterapeutens rolle	s. 16
 KAPITTEL 3. METODE	 s. 18
3.1 Metodevalg	s. 18
3.2 Anskaffelse av litteratur	s. 18
3.3 Metodekritikk	s. 19
3.4 Etske refleksjoner	s. 20
 KAPITTEL 4. DRØFTING	 s. 21
4.1 Kunnskap om og mestring av bipolar lidelse	s. 21
4.2 Bevissthet om egen rolle og den gode samtalen	s. 24
4.3 Kognitiv miljøterapi som metode	s. 25
 KAPITTEL 5. AVSLUTNING	 s. 28
 REFERANSER	 s. 30
 VEDLEGG	 s. 33

Antall ord: 10795

KAPITTEL 1. INNLEDNING

Helse er noe som alle har, men den varierer og er påvirkbar. Ingebrigtsen (2000) sier at, å definere helse er vanskelig, men det kan forstås som en evne hver enkelt har til å takle livets påkjenninger. Alle sammen har vi en psykisk helse, men noen er mer sårbar og trenger behandling for sine lidelser til å mestre hverdagen. Psykiske lidelser ifølge Weisæth (2000) er utbredt og utgjør sammen med hjerte karlidelser og kreft de store folkesykdommene i vestlige land.

Jeg har jobbet med mennesker i mange år. Etter en praksisperiode på vernepleiestudiet fikk jeg erfaring i hvor vanskelig det kan være for personer som har bipolar lidelse. Dette førte til at jeg ble enda mere interessert i temaet. Jeg skal derfor i denne bacheloroppgaven belyse hvordan miljøterapi fungerer og hvordan kognitiv miljøterapi kan bidra til at voksne personer med bipolare lidelser kan mestre hverdagen.

1.1 Egne forkunnskaper og forforståelse av tema

Jeg har en del kunnskap om psykiske lidelser og miljøterapi fra min jobb i helsevesenet. Bipolar lidelse kjenner jeg til fra nære bekjente og jeg har sett hvordan livet oppleves for personene med diagnosen og ikke minst for de som lever sammen med dem. Jeg har en forforståelse på at personer med bipolar lidelse kan leve godt med diagnosen hvis man får behandling i en tidlig fase. Det er viktig at nærmeste pårørende og vennekrets vet hva det dreier seg om, slik at de kan være til støtte i både dårlige og «friske» perioder. Ros, oppmuntring og støtte er viktig slik at personen får økt pågangsmot og mestringfølelse. Jeg har erfart som nær venn av en person med bipolar lidelse at man som venn kan være en god samtalepartner og pådriver på lik linje med den nærmeste pårørende. Det er også betryggende for nærmeste pårørende å vite at «kompisen» stiller opp når man selv ikke har kapasitet til å stille opp. Jeg har forståelse av at det er enklere å godta en diagnose i ung alder enn i voksen alder - enklere å akseptere og lære seg å leve med diagnosen når man er ung.

1.2 Relevans for vernepleiefaglig arbeid

Ved å få økt forståelse av hva bipolar lidelse er, kan man som vernepleier bidra til at den enkelte pasient og dens pårørende får bedre oppfølging fra profesjonelle yrkesutøvere på et tidligere tidspunkt. FO (2013) sier at det overordnede målet for vernepleierfaglig arbeid er å bidra til at de personene man arbeider med oppnår høyest mulig grad av livskvalitet. Som vernepleier tar man utgangspunkt i den enkeltes ressurser i arbeidet med å tilrettelegge for utvikling, vedlikehold av ressurser, forebygge funksjonssvikt og fremme økt livskvalitet.

1.3 Problemstilling

På bakgrunn av dette temaet har jeg valgt ut problemstillingen:

Hvordan kan kognitiv miljøterapi hjelpe voksne personer med bipolar lidelse til å mestre hverdagen?

1.4 Disposisjon

I kap. 2 teorigrunnlaget, bruker jeg faglitteraturen til å belyse sentrale begreper i problemstillingen som er bipolar lidelse, kognitiv miljøterapi og mestring. I kap. 3 kommer metoddelen hvor jeg går inn på hva litteraturstudie er, hvordan jeg har gått frem for å finne aktuell litteratur, litt om kildekritikk og til slutt litt om etiske hensyn. I hovedkapittel 4, blir problemstillingen drøftet i forhold til innsamlet faglitteratur. Jeg valgte å trekke frem enkelte viktighetsområder for å belyse, hvordan kognitiv miljøterapi kan hjelpe voksne personer med bipolar lidelse til å mestre hverdagen. Jeg avslutter oppgaven i kap. 5 med et forsøk på å samle trådene i denne oppgaven.

KAPITTEL 2. TEORIGRUNNLAG

I dette kapittelet gjør jeg rede for bipolar lidelse, kognitiv miljøterapi og mestring.

2.1 Bipolar lidelse

Bipolar lidelse er en gammel og utbredt sykdom som strekker seg mer enn 2000 år bakover i tid. Grekeren Hippokrates i det 5. århundre f.Kr omtalte både kronisk mani og depresjons-vansker. Den romerske legen Aretaeus, 30-90 e.Kr fant ut at episodene kunne variere hos de samme personene. Bipolar stemningslidelse ble avdekket av franske psykiatere i 1850 årene, og betegnet som manio-depressiv sykdom. I 1950 årene lagde Leonhardt - tysk psykiater, en adskillelse mellom unipolar og bipolar lidelse som fikk innpass i både den amerikanske sykdomsklassifikasjonen (Diagnostic and Statistical Manual, 4. utgave, DSM-IV) og i WHO's internasjonale klassifikasjon (International Classification of Diseases, 10. utgave, ICD-10). Det var Emil Kraepelin på 1900 tallet, en tysk psykiater, som skapte diagnosen vi har i dag ifølge Vestergaard A. P. (2005).

Bipolar lidelse er en undergruppe av affektive lidelser ifølge Licht R. W (2005) og Aarre og Bugge (2012). Stemningslidelser er kjennetegnet av langvarige og betydelige avvik i sinnsstemningen og svinger mellom ytterpunktene mani og depresjon. Svingningene er ofte uforutsigbare og uregelmessige fremhever Snoek og Engedal (2012).

Bipolar betyr «to poler», hvor mani og depresjon er de to polene ifølge Licht (2005) og Hånes (2006). Ved maniske episoder er stemningsleiet løftet, ekspansivt eller irritabelt i en grad som er

unormalt for vedkommende. Det finnes milde manier - hypomanier, manier med psykotiske symptomer og voldsomme manier som kan sette formue, familie og jobb på spill ifølge Hånes (2006). Manien kan ifølge Licht (2005) utvikle seg plutselig over timer eller dager, eller gradvis over noen uker, og en ubehandlet mani kan vare mellom to og åtte måneder. Depresjon kan ifølge Licht (2005) også inntreffe plutselig, men den utvikler seg for det meste gradvis og begynner ofte med diskrete symptomer som trøtthet eller søvnforstyrrelse. Noen depresjoner er dype, langvarige og alvorlige, mens andre er korte hevder Hånes (2006). Kroppslig depresjon eller kroppslig smerte med avflatet følelsesliv og psykotiske symptomer, som vrangforestillinger eller hallusinasjoner kan også oppstå hos personer med bipolare lidelser. Kringlen (2008) hevder at en depresjon preges av emosjonelle symptomer, kognitive symptomer og somatiske symptomer, hvor de kognitive symptomene ofte kan være framtreddende.

Bipolar lidelse blir ifølge Hånes (2006), ofte forvekslet med depresjon og ADHD hvis ikke legen stiller de rette spørsmålene. Bipolar lidelse kjennetegnes av betydelige endringer i mental og fysisk aktivitetsnivå og varierer i tankeforstyrrelser. Endringene styres av hjernen så det er sannsynlig at bipolar lidelse ledsages av kjemiske endringer i nervesystemet, som forstyrrer sinnsstemningen ifølge Haavik J. (2012:89). På bakgrunn av utførte genetikkstudier hevder Andreassen O. A. (2010:77) at bipolar lidelse er arvelig belastet. Han fremhever at slektninger til personer med bipolar lidelse har stor risiko for å utvikle sykdommen og at den øker med andelen av felles gener. Men det er viktig å formidle forståelse for at det dreier seg om en stress-sårbarhetsmodell hvor medfødt sårbarhet samspiller med ytre miljøfaktorer i utvikling og forløp av bipolar lidelse.

«The world Mental Health Survey Initiative» publiserte en studie ifølge Ødegaard, Høyersten og Fasmer (2012:45), der forekomsten av bipolar lidelse ble undersøkt i 11 land i Amerika, Europa og Asia, hvor over 60 000 mennesker ble intervjuet med et psykiatrisk intervju (Merikangas, Jin et al. 2011). Livstidsprevalensen av bipolar I lidelse var 0,6%, 0,4% for bipolar II lidelse og 1,4% for subterskel bipolar lidelse, som totalt vil si 2,4% for hele spekteret av bipolare lidelser. Interessante med studien var at sykdomsvariantene hadde påfallende sammenhengende kliniske mønstre i alvorlighetsgrad, samsykelighet, suicidalitet og behandling på tvers av landegrensene. Overført til norske forhold ville det tilsi at ca. 50 000 personer lever med en bipolar lidelse i Norge (Ødegaard mfl. 2012).

Prevalensstudier viser at bipolar lidelse er en sykdom som debutterer sent i tenårene eller i begynnelsen av 20-årene, og forskjellige undergrupper av bipolar lidelse har forskjellig debutalder Ødegaard m.fl. (2012:52). Tidlig debut av bipolar lidelse er forbundet med et mer alvorlig sykdomsbilde og dårligere prognose (Ødegaard, Syrstad et al. 2009), og de utgjør en jevn gruppe med større arvelige innslag (Bellivier, Golmard et al: 2003). Studiene finner lik forekomst av bipolar I lidelse hos menn og

kvinner (Sherazi, McKeon et al. 2006; Merikangas, Akiskal et al. 2007). Studier på bipolar II lidelser viser at andelen kvinner er høyere enn menn (Benazzi 2006). Det konkluderes med at gjennomsnittlig debutalder er lavere for menn enn kvinner (Kennedy, Boydell et al. 2005).

Samsykelighet ved kroniske sykdommer kan ha betydning for faktorer som valg og effekt av behandling (Ødegaard m.fl., 2012:54). NCS-R-studien viste at 90% av pasienter med bipolar I eller II lidelse fylte kriteriene for minst en livsstilssykdom, og omkring 70% av pasienter med bipolar spektrumlidelse hadde mer enn tre komorbide sykdommer (Merikangas, Akiskal et al. 2007). Personer med bipolare lidelser har symptomer som overlapper med andre psykiske lidelser, og lider ofte av rusmisbruk og avhengighet, så i noen tilfeller er det vanskelig å skille mellom symptomene og hva som representerer differensialdiagnose til bipolar lidelse. Tilstander som er sterkt forbundet med diagnosen er; ADHD, søvnforstyrrelser og rusmisbrukslidelser og somatiske sykdommer som; migrene, hjerte og karsykdommer, overvekt, diabetes og metabolsk syndrom. De hyppigste diagnosene er angstlidelser, men det er også kjent at personer med lidelsen lider av senvirkning som følge av tidligere traumatiske opplevelser (Ødegaard m.fl. 2012:55). Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO)'s rapport fra 2001 er bipolare lidelser nr. 5 blant sykdommene som forårsaker mest uførhet blant unge mennesker (15 – 44 år) i verden. Blant psykiske lidelser er det kun depresjon og schizofreni som fører til mer uførhet på verdensbasis (Ødegaard m.fl. 2012:57).

2.1.1 Å leve med bipolar lidelse og dens utfordringer

Å leve et tilfredsstillende liv med de begrensningene lidelsene forårsaker er noe som er viktig for alle pasienter med kroniske sykdommer (Ødegaard, Syrstad og Ødegaard 2012). Ødegaard mfl. (2012:431) skriver at når det gjelder bipolare lidelser generelt er det viktig å bli ekspert på sin egen sykdom slik at man får svar på spørsmål som man ofte lurer på. Som eks; Hva er det som kjennetegner at jeg begynner å bli syk igjen? Hva er triggere, risikofaktorer som jeg må unngå? Hvordan kjenner jeg igjen symptomene? Hva kan jeg gjøre når dette skjer? Både positive og negative livshendelser kan «trigge» økt symptomer og utløse symptomer sier de.

Mange setter pris på de hypomane fasene og sider ved de maniske fasene, men hater de depressive nedturene, lidelsens upredikerbare forløp og de emosjonelle, relasjonelle, praktiske og finansielle vanskene som følger med (Eknes 2006, Hånes 2006, Haver, Ødegaard og Fasmer 2012). Å leve med bipolar lidelse er som å leve med en kronisk sykdom som astma (Ødegaard, Syrstad og Ødegaard, 2012). Den må behandles og kontrolleres for at ikke nye anfall utløses. Skal man leve godt med lidelsen bør man kjenne seg selv og kunne skille mellom det som er ens friske jeg og det som er symptomer på sykdommen. Det går ikke å behandle bort bipolar lidelse, men man kan lære seg å leve

med den og redusere plagene hevder Ødegaard mfl. (2012). De skriver også at diagnosen bipolar lidelse endrer følelseslivet, tenkemåte og handlingsmønster i tillegg til at den angriper fysisk.

Utfordringer ved bipolar lidelse

Nettstedet Bipolart.no etablert av John Enebak (red) i 2009, omhandler; hvordan leve med bipolar lidelse og utfordringene. Å en stor utfordring kan være det å *mobilisere et nettverk* og å dele med nettverket det man er minst fornøyd med seg selv. De mener også at det å *ha tro på behandlingen* kan også være en utfordring ettersom personen en dag har tro på at dette hjelper og neste dag synes det er kjempedumt. *Et spark bak* fra pårørende kan gjøre dørstokkmila kortere og kan være lurt når en person med bipolar lidelse sitter i gyngestolen. *Aktivitet* sier de er god medisin mot depresjon og hvis man rammes av en bipolar depresjon vil det ta lengre tid å bli frisk hvis man gir seg over og forblir passiv. Da vil man fort bli liggende på sofaen og synes synd på seg selv. Som pårørende hjelper man også seg selv hvis man hjelper en deprimert bipolar ut av huset. *Symptomer* ved utredning av bipolar lidelse kan være vanskelig å finne. Det er ikke så mye som skal til for å *støtte* en bipolar når han er syk. Alt over null er pluss. Om man som pårørende bare kan støtte litt, så monner det fort. Mange foreldre som lider av en psykisk lidelse er redde for å be om *hjelp hos barnevernet*, fordi de frykter at barna blir tatt fra dem. Fakta er at barnevernet sjelden overtar omsorgen for barnet hvis det ikke er rus eller vold med i bildet. Så langt det er mulig, går de inn med hjelp og støtte i hjemmet (Enebak J., 2009).

Feilmedisinering hevder Eknes (2006) er en utfordring; - enkelte medikament virker greit mot mani, men fungerer veldig dårlig mot depresjon. Han skriver at det er skremmende ettersom man med diagnosen bipolar lidelse har flere depressive enn maniske faser.

2.1.2 Behandling av psykiske lidelser

De fleste av oss vil i løpet av livet ha en eller annen form for lettere psykisk lidelse i kortere eller lengre periode, uten nødvendigvis å være behandlingstrengende mener Snoek og Engedal (2012).

Behandling av personer med en psykisk lidelse var tidligere en tidkrevende prosess hvor man kartla årsaken til sykdommen fra et tidligere stadium av livet, eks fra barndommen. Mens nå i dag er det her-og-nå-situasjonen som er i fokus, hvor det satses på mestring, håndtering og helsefremming. Samme gjelder ordet «psykiatri». I dag bruker man «psykisk helsearbeid» som ikke virker like stigmatiserende. Man er mere obs på å se mennesket med sykdommen, og fokusere på den enkeltes ressurser og muligheter. Som terapeut prøver man å danne et bilde av det helhetlige perspektivet rundt personen med sykdommen, slik at personen med en psykisk lidelse kan oppleve en følelse av mestring og god livskvalitet.

1. januar 2012 ble første del av samhandlingsreformen satt ut i live, og reformen skulle innføres gradvis i løpet av fire år. Målet med samhandlingsreformen ifølge Wiker L. M. (2014) var å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud. Kort fortalt handler den om at personer med ulike sykdommer skal behandles i kommunen der de bor, slik at sykehusene har mindre ansvar når det gjelder rehabilitering og habilitering.

I dag har man ulike behandlingsformer ved psykiske lidelser som eks.; medikamentell behandling, samtalebehandling, gruppebehandling og pedagogiske opplæringer i det å ha/å leve med en kronisk sykdom. Ofte blir disse brukt i en kombinasjon, fordi at det fungerer bedre enn en del hver for seg (Licht, 2012).

2.1.3 Behandling av bipolar lidelse

Behandling av bipolar lidelse er et samarbeid mellom personen og behandler, og pårørende blir også ofte involvert. Med kunnskapen vi har i dag er det viktig å finne frem til behandlingsformer som virker forebyggende i tillegg til å behandle episodene når de oppstår. Eknes (2006), Morken (2012) og Licht (2012) fremhever at kombinasjonen av medikamentell behandling og moderne psykoterapi eller psykoedukative tilnærminger spesielt rettet mot bipolar lidelse, gir bedre resultater enn behandlingene hver for seg. Ifølge Morken (2012) kan strukturert psykologisk behandling gi forebyggende til pasienter med bipolar lidelse i de periodene med normalt stemningsleie, redusere tiden pasientene er deprimerte eller oppstemte og det bedrer funksjons-nivåen. Medisin er viktig både som forebygging og i akutt behandling, men det har i de senere år blitt mere oppmerksomhet på kombinasjonen medisinsk behandling og psykologisk behandling, som eks. spesifikk psykoterapi eller psykoedukasjon (Licht, 2012).

Morken (2012) fremhever at det er utviklet behandlingsformer til behandling av bipolare lidelser med fellestrekk som; opplæring av pasientene i hva diagnosen er, kartlegging av den enkelte sykdomsforløp, erfaring med behandlingen av sykdommen og regelmessig døgnrytme.

Jeg vil i kap. 2.3 utdype formen kognitiv miljøterapi, hvor kognitiv individuell atferdsterapi som metode blir brukt i miljøterapien. Den er individuell, samtidig som personene kan bo hjemme under behandling.

2.2 Mestring.

Mestring kan forstås som oppgaveorientert mestring hvor man er opptatt av å få til hverdagslige oppgaver og emosjonell mestring som handler om det å håndtere livet. Mestring som begrep brukt i psykologi mener Malt (2009) handler om en persons evne til å håndtere livshendelser, situasjoner og påkjenninger som overstiger det som kan klares på ren rutine. Mestringsevnen henger nært sammen med evnen til teoretisk og emosjonell problemløsning generelt, og er delvis genetisk bestemt. Mestring kan læres gjennom teori og erfaring (øvelser). Innen fysiologisk psykologi brukes begrepet mestring også i betydningen en persons evne til faktisk å klare av belastninger og utfordringer (farer) slik dette kan demonstreres i form av redusert mengde utskillelse av stresshormoner (f.eks. kortisol, veksthormon) sammenlignet med personer som ikke mestrer (Malt 2009). Mestring som begrep kan forstås på ulikt vis.

Sommerschild (2010) og Grue (2001) hevder at mestring kan forstås som noe den enkelte personen behersker, deltar i og selv bestemmer. Med en slik forståelse blir mestring noe vi ikke kan gjøre for andre. Man må heller finne frem til hva som skal til for at den enkelte får tro på muligheten til å mobilisere egen styrke. Det handler om den enkeltes tro på å kunne klare å løse en oppgave, ha en viss kontroll over sin egen tilværelse og kunne justere følelsene, handlingene, og forestillingene i en ønsket retning. Grue (2001:140) beskriver mestring som menneskets evne til å forholde seg til de utfordringer og påkjenninger en møter i livet i tråd med en slik forståelse. «Mestring beskriver individets måte å forholde seg på til og løse en situasjon eller hendelse som medfører mistrivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet» hevder Håkonsen (2011:279).

Det å mestre er å gradvis tilegne seg mesterens kompetanse hevder Tuntland (2011:30). Waaktaar & Christie (2000) hevder at mestring er knyttet til; identitetsbekreftelse, utfoldelse og selvrealisering, og uavhengighet og selvhjulpenhet ifølge Tuntland (2011). Det å mestre en aktivitet, gir en opplevelse av frihet og selvstendighet og en bekreftelse på at man klarer seg selv og er selvhjulpen. Gleden ved det å mestre, å strekke seg og å lære noe nytt kan være en drivkraft som er knyttet til behovet for selvrealisering. Å klare noe man ikke klarte før, kan gi en dyp tilfredsstillelse og utvikling av et positivt selvilde. Å mestre innebærer også å øke muligheten for selvbestemmelse og uavhengighet. Det å mestre dagliglivets utfordringer kan føre til større personlig frihet, opplevelse av egenkontroll, mindre behov for hjelp og til at samordningsbehovet reduseres ifølge Tuntland (2011:31).

2.2.1 Mestring av en psykisk lidelse

For å fungere tilfredsstillende i samfunnet og kunne takle de frustrasjonene og nederlagene i livet trenger vi ifølge Håkonsen (2011) en viss egostyrke. Han mener at man normalt skal ha fått tilstrekkelig stimulering til å kunne utvikle de nødvendige egofunksjonene, slik at man kan fungere i samfunnet. Men alle er vi ikke like heldige.

Mestringsteori dreier seg om hvilke forhold som bestemmer (utformer) mestring i ulike situasjoner. Det er utarbeidet flere ulike teorier for mestring, men psykologen Richard Lazarus' (1922–2002) teori er mest anerkjent og utbredt. Det er i prinsippet en kognitiv teori som handler om mestringsmekanismer. Den dreier seg om tankemessige strategier, konkrete handlinger - for å forsøke å mestre noe og forsvarsmekanismer som er mestringsmekanismer som kan være emosjonelt eller problemløsningsfokuserte ifølge Malt. U. (2009).

Forsvarsmekanismer som; stress, konflikter, kriser og andre former for psykologiske påkjenninger er knyttet sammen med følelser av ubehag og mistriivsel hevder Håkonsen (2011). Vi har et psykologisk forsvar som beskytter oss mot vanskelige følelser og hjelper oss til å skape en best mulig mental likevekt. Mange forhold kan utfordre likevekten vår, som stress, sykdom, mistriivsel, angst og frykt. Et annet mestringsperspektiv er Antonovskys helsefremmende arbeid, salutogenese.

Salutogenese

Antonovsky var opptatt av å flytte oppmerksomheten fra stressorer til ressurser og oppdaget at det forelå lite faktiske kunnskaper om hva som er helsebringende hevder Grøholt, Sommerschild og Garløv (2011). Salutogenese representerer et forholdsvis nytt syn på helse og sykdom fordi fokuset er på menneskets evne til tilpasning for å øke mestring, helse og velvære og det som bidrar til at man opprettholder god helse selv om man utsettes for sykdomsfremkallende faktorer ifølge Antonovsky (2014). Antonovsky (2014) analyserte data fra en undersøkelse i 1970, og av en gruppe kvinner som var født i Sentral-Europa. De ble spurt om de hadde vært i konsentrasjonsleir under andre verdenskrig. Han ble overrasket over at flere av disse israelske kvinnene hadde klart å bevare sin helse på tross av de ufattelige traumatiske opplevelsene de hadde gjennomlevd i konsentrasjonsleirene, med påfølgende år i flyktningleirer før de gjenskapte et liv i Israel som hadde vært igjennom 3 kriger. Oppdagelsen over at noen klarer å beholde helsen selv om de utsettes for ekstreme levekår og stress ble det store spørsmålet for hans videre forskning.

Med bakgrunn i sin forskning begrunner Antonovsky at helse ikke er et spørsmål om hva vi utsettes for, men vår evne til å takle det som skjer i livet. Han ser helse i et kontinuum (sammenhengende syn), hvor ytterpunktene er syk og frisk. Sentralt i hans arbeid står betydningen av å fokusere mer på hva som forårsaker helse enn hva som forårsaker sykdom. Antonovskys svar på det salutogene spørsmålet var begrepet «opplevelse av sammenheng», OAS. OAS ble definert som *en*

helhetlig holdning som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgripende, varig, men dynamisk tillit til ens indre og ytre miljø er forutsigbart, og at det er stor sannsynlighet for at ting vil gå så godt som man med rimelighet må kunne forvente (Antonovsky 2014:17).

Helsebringende, opplevelse av sammenheng i tilværelsen konkluderte Antonovsky med at man får, når disse tre vilkårene er innfridd:

- *Forståelighet/begripelighet* - Man har oversikt over situasjonen. Det som inntreffer er forståelig og oppleves som ordnet, strukturert og tydelig.
- *Håndterbarhet* - Man selv kan gjøre noe med den og at man har tilstrekkelig med ressurser til å møte ulike situasjoner i livet.
- *Mening* - Det gir mening å forsøke på dette og at man har opplevelse av delaktighet i det som skjer.

2.3 Kognitiv miljøterapi

Kognitiv miljøterapi er ifølge Senter for Kognitiv Praksis (2008) en strukturert og målrettet arbeidsform som vektlegger samarbeidet mellom terapeut og personen innenfor institusjonsmiljøets rammer. Miljøterapien organiseres strukturelt og tilrettelegger for trening i og utenfor den organiserte rammen og formålet er å støtte personen som selvstendig aktør i egen utvikling. Kognitiv miljøterapi forener trening og utprøving basert på prinsipper, teori og metoder i tradisjonell kognitiv terapi med prinsippene om organisering, samarbeid og ledelse i tradisjonell miljøterapi.

Solbjør og Kleiven (2013) hevder at kognitiv miljøterapi kan forstås som et møtepunkt mellom kognitiv terapi og miljøterapi, hvor kognitiv miljøterapi har tatt grunnleggende elementer fra kognitiv terapi og benyttet disse i miljøterapien, hvor målet er å anvende kognitive behandlingsprinsipper i det miljøterapeutiske arbeidet.

Miljøterapi ifølge Snoek og Engedal (2012:53) er en behandlingsform som benytter aktiviteter og her-og-nå-situasjoner for å skape en ønsket endring. Det kan være å sette grenser, gi en opplevelse av mestring, å konfrontere, å bidra til en struktur og rytme på dagen eller å lære å uttrykke egne behov mer direkte, alt etter hva som er viktig for den enkelte personen.

Terapi handler om å løse et fysisk eller psykisk problem ifølge Skre (2009). Hun skriver det er en samlebetegnelse for all behandling. Eks. *medisinsk* – radikal terapi (kirurgisk inngrep) - farmakoterapi (farmakologi), *psykologisk* – psykoterapi - atferdsterapi og kognitiv terapi, *fysikalsk* – fysioterapi - ergoterapi eller *naturmedisinsk* - som naprapat - osteopat osv.

God miljøterapi springer ut fra en forståelse av det mennesket det gjelder og at individ og miljø har en gjensidig påvirkning på hverandre over tid hevder Jacobsen og Gjertsen (2010:13). De mener at forståelsesramme i miljøterapi er det vi møter teori, kunnskap og forståelsen av mennesket med. Ny

kunnskap, nye metoder og ny forståelse integreres i den eksisterende forståelsesrammen og utvider forståelsen. Forståelsesrammen blir da et fundament som hindrer at man vakler fra en arbeidsmåte til en annen. God miljøterapi springer ut fra en forståelse av det mennesket det gjelder og kjennetegnes med at man tilrettelegger gjennom forståelse av mennesket med spesielle behov.

En variant av miljøterapi er den såkalte atferdsterapi som er basert på læringspsykologiske prinsipper. Ved oppmuntring eller belønning forsterkes ønsket atferd og uønsket atferd søkes redusert ved at man systematisk unngår å forsterke noe som kan oppleves som belønning ifølge Vandvik (2014), Snoek og Engedal (2012) og Håkonsen (2011).

Simonsen I. E. (2007) skriver at kognitiv miljøterapi er et erfaringslæringsperspektiv som gir personene trening i å se sammenhengen mellom situasjon, tanker og følelser, og ferdigheter i problemløsning. Utgangspunktet er et normalpsykologisk perspektiv på psykiske lidelser og terapeutisk endring, hvor målet er å utvikle personens mestringstro og tiltro til å forklare tanker, følelser og handlinger. Det beskrevne miljøterapeutiske rammeverket kan også anvendes i personens hjem, i det psykiske helsevernet ute i kommunene, i dagbehandlingstilbud eller i ambulant miljøterapi. Videre kan tilbudet være et fundament for individualterapeutisk oppfølging etter at personen er utskrevet fra døgnenheten eller mer intensive polikliniske behandlings-programmer for personer med eks. personlighetsforstyrrelser (Bateman & Fonagy, 2004; Linehan, 1993; Young et al. 2003).

2.3.1 Kognitiv terapi

Pasientens tanker, holdninger og leveregler er fokuset hevder Wilhelmsen (2004). Grunnholdningene personen har er viktigere enn hvorfor han har akkurat disse holdningene. Kognitiv kommer av ordet kognisjon og betyr bearbeiding av informasjon ifølge Repål (2009) og Berge og Repål (2010). Kjernen i kognitiv terapi er å velge ut og tolke informasjon. Hva man velger og hvordan man tolker det, vil avhenge av tidligere erfaringer og forventninger man har til den aktuelle situasjonen. Våre tanker om en hendelse vil påvirke hvilke følelser som blir knyttet til hendelsen. Eks. en person kan synes det er morsomt å kjøre berg- og dalbane, en annen blir redd. Kognitiv terapi er opptatt av tanker som knytter seg til her og nå-situasjonen mener Repål A. (2009). Tidligere erfaringer kan selvsagt være viktig for hvordan ting oppleves i dag, men nøkkelen til endring ligger i å fokusere på her-og-nå-situasjonen. Man har med seg egne tidligere erfaringer inn i her-og-nå-situasjonen, og de farger de brillene du ser verden gjennom og kan noen ganger skape problemer.

Gjennom å oppdage, utfordre og endre tankemønster kan man påvirke følelsene og situasjoner som man finner vanskelige mener Arnet (2009). Kognitiv terapi kalles også kognitiv atferdsterapi og er et paraplybegrep som dekker ulike terapeutiske metoder i praksis; - den gode samtalen, - overlevering av kunnskap om lidelsen til personen, -kartlegging av situasjoner og atferd, -

være tankedetektiv, - hjemmeoppgaver, - eksponeringsøvelser, - rollespill og visualiseringsøvelser ifølge Arnet (2009). Hun mener kognitiv terapi er sunn fornuft satt i et system, og behandlingsformen passer ikke for alle.

Berge og Repål (2010) poengterer at kognitiv terapi først og fremst er hjelp til selvhjelp der klienten lærer å bli sin egen terapeut. Hovedsynspunktet i kognitiv terapi er, at psykologiske problemer i stor grad har sin rot i hvordan vi tolker en hendelse, situasjon, symptom eller atferd hevder Wilhelmsen (2004). Det gjelder å holde seg realistisk og smart i forhold til det som oppstår. Eks. ved personlige tragedier, dødsfall eller en eller annen livshendelse. Samme hendelse kan utløse helt forskjellige følelser og atferd, avhengig av hvem man er og hvilke holdninger man har til seg selv, fortiden, fremtiden eller verden.

Kognitiv terapi har vist god effekt ved bipolar lidelse og dagsformen bestemmer hvordan terapien skal utføres (Morken, 2012 og Eknes, 2006); pasienten deprimert, lett oppstemt eller i normalt stemningsleie. I depresjonsperioder bruker man vanlig kognitiv terapi, ved normalt stemningsleie fokuserer man på psykoedukasjon, forløpsregistrering av daglige symptomer og døgnrytmeforstyrrelser og knytter dette til hendelser før og etter symptomene øker på.

En betydelig mengde internasjonal forskning støtter at kognitiv terapi virker og er effektiv i arbeid med styrking av egne ressurser, problemløse og symptomreduksjon (Senter for Kognitiv Praksis, 2008 og Berge og Repål, 2010). Det er gjort flere undersøkelser på denne terapiformen ifølge Eknes (2006). Palmer mfl. (1995) fant at 3 av 4 personer med bipolar lidelse i kognitiv gruppeterapi/psykoedukasjon behandling over 17 uker, oppnådde betydelige reduksjoner i maniske og depressive symptomer. Zaretsky mfl. (1999) ga behandling til personer med akutt depresjon gjennom 20 økter med kognitiv atferdsterapi. 8 med unipolar og 8 med bipolar depresjon oppnådde signifikant reduksjon i symptomene. Lam mfl (2000) ga kognitiv terapi (inkl. psykoedukative strategier) til 12 klienter med bipolar lidelse gjennom 12 – 20 økter (gj.snittlig 14 økter) over 6 måneder. Sammenlignet med en randomisert kontrollgruppe hadde behandlingsgruppen signifikant færre tilbakefall og sykehusinnleggelser målt over 12 måneder. I en annen undersøkelse mottok 49 klienter med bipolar lidelse kognitiv gruppeterapi/psykoedukativ behandling gjennom 14 økter (Patelis-Siotis mfl. 2001). Her fant man ingen bedring av stemningsvansker fra utgangspunktet til slutten av behandlingen, men derimot økning av psykososial fungering. I en kontrollert studie med 21 personer i venteliste-kontrollgruppe og 21 i kognitiv terapibehandlingsgruppe fant man at behandlingsgruppen hadde større bedring i global fungering, signifikant større reduksjon i symptomer og færre tilbakefall ifølge Scott mfl. (2006) i boka til Eknes (2006).

I noen av undersøkelsene var det så få deltakere at de illustrerer en effekt, enn å beviser en effekt og noen har høyt forskningsnivå. Undersøkelsene som viser effekt har ikke klarlagt hva det er som virker ved behandlingen, fordi at kognitiv terapi ved bipolar lidelse består av pakker med omfattende innhold som psykoedukative tilnærminger, som gjør det vanskelig å stadfeste hvilke effekter som har gitt effekt mener Eknes (2006).

2.3.2 Miljøterapeutens rolle

Miljøterapeuter har vanligvis utdanning på høyskole og som terapeut jobber man innenfor flere områder (FO 2013, Linde og Nordlund 2012). Miljøterapeuten jobber med å skape et gunstig miljø rundt personer som er under behandling, for å fremme effekten av behandlingstiltak (Braut, 2014, Linde og Nordlund, 2012). Det overordnede målet til terapeuten ifølge FO (2013) og Linde og Nordlund (2012), er å bidra til at personene man arbeider med oppnår høyest mulig grad av livskvalitet. Man skal ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser i arbeidet ved å tilrettelegge for utvikling, vedlikehold av ressurser, forebygge funksjonssvikt og fremme økt livskvalitet. De sier videre at som terapeut har man oppgaver som å tilrettelegge for sosial samhandling og å gi profesjonell veiledning til tjenestemottagere innen mange områder.

Sjefpsykolog Bowitz (2004) hevder at man skal «kle av seg» terapeutrollen og bli personlig – men IKKE privat – man skal tre frem som menneske med kjøtt og blod, være tydelig, bruke seg selv og ikke være redd for å gi uttrykk for hva man føler og mener. Man skal vise at man liker å snakke og le sammen med personene. Denne relasjonen og den menneskelige faktoren er viktig for å oppnå god behandling/terapi av psykiske lidelser generelt. Det å være et medmenneske er viktig, men man må ikke glemme den faglige forankringen mener Linde og Nordlund (2012). For å kunne ta ansvar for miljøarbeidet på arbeidsstedet, må man kunne å veilede medarbeidere ved å sette ord på hvorfor man gjør det man gjør - da kreves det kunnskap og erfaring.

Hutchinson (2010) hevder at man som terapeut kan være en katalysator hvor rollen dreier seg om å stimulere personen til å endre sin situasjon og at man gjennom denne prosessen kan utvikle seg selv. At hjelperen fungerer som katalysator vil si å bringe ressurser til personene i form av innsikt, kunnskap, erfaring, ferdigheter, støtte, kontakter og dette bidrar til at personene settes i stand til å handle selv. Som terapeut bidrar man til å løfte frem personen – ikke seg selv, hevder Hutchinson (2010).

De siste årene har brukermedvirkning fått en stor plass ifølge Linde og Nordlund (2012), Lorentzen (2011), Jacobsen og Gjertsen (2010), Snoek og Engedal (2012) og Haver, Ødegaard og Fasmer (2012). Vektlegging og tilrettelegging for trivsel og utvikling skal skje på personenes egne premisser. Begrepet brukermedvirkning ifølge Helsedirektoratet (2011), er pasientens rett til å bli hørt,

rett til medvirkning, og har en egenverdi i at mennesker som søker hjelp på linje med andre, gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet. De sier videre at individuell brukermedvirkning er når personen deltar i planlegging, gjennomføring og evaluering av eget tjenestetilbud. Hvis personen i større grad kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke personens motivasjon. Det vil igjen kunne bidra positivt til personens bedringsprosess, og således ha en terapeutisk effekt. I motsatt fall kan den hjelpeløsheten mange personer opplever bli forsterket.

Kommunikasjon, relasjon og samhandling.

Profesjonell kommunikasjon er basert på yrkets verdigrunnlag, og all kommunikasjon i helseprofesjonene er ment å være til hjelp for personen og pårørende hevder Eide & Eide (2007). Den hjelpende kommunikasjon er anerkjennende, skaper trygghet og tillit, og formidler informasjon på måter som bidrar til å løse problemer og stimulerer til at personer og pårørende mestrer situasjonen så godt som mulig. Kommunikasjon er en forutsetning for empowerment og etiske verdier som; likeverd, hensyn til personens beste og respekt for personens rett til selvbestemmelse mener Eide & Eide (2007).

Relasjonskompetanse i arbeid med mennesker innebærer å ha et reflektert forhold til hvilken betydning båndet har for samhandlingen. Man må kjenne seg selv, å kunne leve seg inn i hvordan andre mennesker opplever verden og hvordan man kan legge til rette for fruktbare relasjoner og samspill. Relasjon som begrep ifølge Eide & Eide (2007) kommer av det latinske relatio, som egentlig betegner at en gjenstand står i forbindelse med en annen. En god relasjon bygger på en samhandlingsprosess som skaper tillitt, trygghet, en opplevelse av troverdighet og tilknytning. I dagligtale brukes begrepet om forhold, eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide 2007). Røkenes og Hanssen (2011) mener at relasjonskompetanse dreier seg om å forstå og samhandle med mennesker man møter i yrkessammenheng på en god og hensiktsmessig måte. En relasjonskompetent fagperson kommuniserer på en måte som gir mening, som ivaretar den overordnende hensikten med samhandlingen, og som ikke krenker den andre parten. Relasjonskompetanse innebærer også at hjelperen må kunne stå i flere ulike situasjoner. Eks følelsesladete situasjoner ved gråt eller i en situasjon der det er lite man kan gjøre for å hjelpe den andre – eks. når noen skal dø.

KAPITTEL 3. METODE

Målet med studiet er å frembringe en forståelse av hvordan kognitiv miljøterapi kan bidra til økt mestring av bipolar lidelse.

3.1 Metodevalg

For å nå målet valgte jeg litteraturstudie som metode. Det finnes mye litteratur som andre har bearbeidet og som har vært nyttig. Litteratursøking kan ifølge Halvorsen (2008) være; systematisk søk som er omfattende søk i flere databaser ved bruk av søkeord eller usystematisk søk som menneskelige kilder eller tilfeldige litteraturlister. Ved usystematisk søk nevner han også kjedesøk som en litteratursøking. Det vil si litteratur funnet i referanser i andre oppgaver eller fagbøker. Jeg har prøvd systematisk søk, men mest brukt er usystematisk søk med kjedesøk.

Jeg har brukt kvalitativ metode som tar sikte på å fange opp mening og opplevelse, som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland 2013). Kvalitativ metode er basert på muntlig eller tekstlig informasjon hvor man søker mange og varierte opplysninger som muliggjør at man kan fokusere på relevans i studien. Hovedfokuset i kvalitative studier er ofte å oppnå en helhetlig forståelse sier Olsson (2011). Som måling på kvalitative undersøkelser bruker man begrepene pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet fordi at kvalitative undersøkelser må vurderes på en annen måte enn kvantitative undersøkelser i følge Guba og Lincoln (1985, 198) i boka til Johannesen mfl. (2011).

3.2 Anskaffelse av litteratur

Innsamling av data har vært en tidkrevende og lærerik prosess. For å få tak i litteratur startet jeg med å gjøre systematiske søk på Oria og Google scholar med søkeordene; bipolar behandling, for å få hjelp til å komme i gang med oppgaven. På Oria fant jeg en bacheloroppgave av Hollekim, Erica Van Sighem (2013) og på Google Scholar fant jeg en bacheloroppgave av WK Lien (2013), som ga meg nyttige tips på oppsett av oppgave og referanser som; Eide & Eide, Eknes og Haver, Ødegaard og Fasmer. Jeg gjorde flere systematiske søk i Oria og Google scholar, med søkeordene; miljøterapi mestring bipolar, som resulterte i 0 treff på Oria og mange unyttige treff på scholar. Jeg prøvde meg på Psycinfo via VPN, men det ble for vanskelig.

Så for å få tak i mer litteratur om temaet gjorde jeg usystematiske søk i databaser som; Oria, Google Scholar, helsedirektoratet, psykiskhelse, bipolarforeningen, stiftelsen psykiatrisk opplysning, samordningsradet.no (stiftelsen SOR), helsebiblioteket, folkehelseinstituttet, Senter for kognitiv terapi, Napha og fylkesbiblioteket. Jeg søkte på ett søkeord (Bipolar, miljøterapi og mestring) enkeltvis, slik at jeg måtte lese bøker og artikler for å finne ut om det var noe jeg hadde bruk for, og om det var

en sammenheng med min oppgave. Etter de usystematiske søkene fant jeg ut at det er mye litteratur om emnet. I stedet for å skrive ned hvordan jeg gikk frem, har jeg laget en tabell som illustrerer mine søk. Den ligger med som vedlegg.

Ettersom jeg har fått tilgang på mange nyttige bøker om temaet velger jeg å ikke støtte meg til evt. forskning (tidsskrifter, artikler på PsycINFO) som er gjort, pga. oppgavens omfang. I tillegg til disse søkene har jeg fått gode litteraturtips av veileder i P3 og faglærere på skolen underveis i studieforløpet, som viser seg å være nyttige i denne oppgaven. Litteraturen jeg har brukt er av folk som er kjente og erfarne på området og anbefalt av lærere, så jeg anser mitt valg av faglitteratur som sikre kilder.

3.3. Metodekritikk

Når man bruker metoder for å innhente informasjon må man være klar over forforståelsen. Forforståelse er den forståelsen jeg har om temaet, og som jeg tar med meg inn i møtet med den andre. Jeg bruker forforståelsen på en ubevisst måte, for å kunne tolke det som skjer rundt meg. Eks. Bryllup eller begravelse (Johannessen mfl. 2011). Røkenes og Hanssen (2011:12) sier at jeg forstår den andre på bakgrunn av mine egne tanker, følelser, erfaringer og eventuelt kulturen jeg er en del av.

Jeg har valgt et tema som det er forsket og gjort undersøkelser på og som er relevant for faget. Når man har erfaring og forforståelse om temaet er det vanskelig å stille med blanke ark. Min forforståelse er at personer med bipolar lidelse kan leve godt med diagnosen hvis man får behandling i en tidlig fase. Jeg har erfart at det er viktig at nærmeste pårørende og vennekrets vet hva det dreier seg om, slik at de kan være til støtte i både dårlige og «friske» perioder. Ros, oppmuntring og støtte er viktig slik at personen får økt pågangsmot og mestringsfølelse. Jeg har erfart som nær venn av en person med bipolar lidelse at man som venn kan være en god samtalepartner og pådriver på lik linje med den nærmeste pårørende. Jeg har en forståelse av at det er enklere å godta en diagnose i ung alder enn i voksen alder - enklere å akseptere og lære seg å leve med diagnosen når man er ung.

Ulempen i denne bacheloroppgaven kan være at jeg er farget av min forforståelse pga mine erfaringer og opplevelser. Oppgaven er skrevet på eksisterende faglitteratur så jeg har en oppfatning av at det kan være feilkilder i bacheloroppgaven. Min forforståelse kan bidra til at jeg bruker/eller søker litteratur for å forklare problemstillingen i oppgaven. Ettersom jeg selv har valgt tema og problemstilling kan det være at jeg kan ha oversett og gått glipp av litteratur under mine søk med tanke på avgrensninger.

Temaet jeg har valgt å utdype er internasjonalt men jeg valgte å ikke bruke engelske forskningsartikler ettersom språket ble for vanskelig, i tillegg kunne det ha ført til feiltolkning av data. Dette medfører da til en svakhet i min oppgave. Intervju eller spørreundersøkelse ville ha styrket oppgaven ettersom personene selv kunne ha uttalt noe om; hvordan de opplever det å mestre

diagnosen og hverdagen. Men på grunn av at personene er i en sårbar situasjon ble det utelukket ganske tidlig. Jeg hadde heller ikke den tilstrekkelige kunnskapen i metodene fordi vi har hatt mest undervisning i litteraturstudie på skolen.

Når det gjelder sekundærlitteratur, så har jeg vært borti det i min studie. Sekundærlitteratur vil si at teksten er tolket og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren, noe som fører til at jeg ikke får den opprinnelige teksten og kilden (Dalland 2013, Rienecker mfl 2011).

Jeg valgte å utdanne meg til vernepleier, fordi jeg fikk mersmaken av denne typen jobb som ufaglært. Psykiatrifeltet og miljøterapi er utfordrende og interessant, og jeg ønsker å lære mer om det.

3.4. Etiske refleksjoner

Etikken dreier seg om normene for riktig og god livsførsel. Etikk er en systematisk refleksjon over hvordan ting kan gjøres; hva er rett og galt, godt og vondt, rettferdig og urettferdig Eide og Aadland (2008).

I og med at personene med bipolar lidelse er i en sårbar situasjon, valgte jeg å forholde meg til fagbøker og undersøkelser som er gjort tidligere. Jeg ønsker å presisere at personer med psykiske lidelser er enkeltindivider med en psykisk lidelse selv om jeg omtaler dem som en gruppe. I arbeidet med oppgaven har jeg vært opptatt av hvordan jeg omtaler personene med bipolar lidelse slik at jeg ikke forsterker stereotype oppfatninger. Personer med bipolar lidelse har allerede en følelse av å være stemplet, som sitatet fra «Sara»; «Nei, jeg tenker at det er et slags stempel, altså en stigmatisering. Jeg har ikke lyst til å gå rundt og tenke på meg selv som manisk depressiv. Det har ikke hindret meg i å gjøre alminnelige ting, men jeg føler jeg har et stempel i panna. Tror diagnosen har vært med på å skape et mer negativt selvbylde».

Personer med bipolar lidelse kan ha ulike erfaringer og utbytte av ulike miljøterapeutiske tiltak, så den formen som jeg har funnet, trenger ikke å passe til alle. Alle er vi annerledes og unik på hver vår måte - det som passer til en, trenger ikke å passe til en annen. Terapeuten bør gå foran som et godt forbilde med personlige holdninger og ferdigheter som stimulerer til kvalitet i arbeidet og god omsorg for personen det gjelder.

Å skape god relasjon til personen med bipolar lidelse er viktig. Kontinuitet og tillitten man oppnår over tid er uvurderlig ifølge Bowitz (2004). Men en god relasjon til terapeut/behandler kan være vanskelig for personer med bipolar lidelse å finne. Mange føler at de møter liten forståelse hos behandleren, som sitatet fra «Hilde»; «Problemet er at behandlerne vet for lite om meg. Hvis jeg forteller om livet mitt og hva jeg består av, så blir jeg ikke trodd. De kaller det for storhetstanker. De tror jeg fantaserer. Men altså, hva er meg og hva er sykdommen?».

KAPITTEL 4. DRØFTING

I dette kapittelet har jeg vært ute etter å finne et svar på; *Hvordan kan kognitiv miljøterapi hjelpe voksne personer med bipolare lidelser til å mestre hverdagen?* For å få til en besvarelse har jeg brukt underspørsmål som; Hva må være tilstede for at kognitiv miljøterapi skal bidra til at personene mestrer diagnosen bipolar lidelse? For å kunne hjelpe personer med bipolar lidelse må terapeuten ha en forståelse av, hva det er som får personene med bipolar lidelse til å mestre? Hvordan kan kognitiv miljøterapi som metode bidra til å mestre? Hva må man være oppmerksom på ved bruk av denne metoden?

4.1 Kunnskap om og mestring av bipolar lidelse.

Kognitiv miljøterapi kan kort beskrives som å benytte metoder fra kognitiv terapi i miljøterapi, hvor prinsippene bygger på at terapeuten påvirker personens holdninger og atferd. Terapiformen er strukturert, aktiv, problemorientert og psykoedukativ som fører til at personen utvikler seg nye ferdigheter og øvelse i å mestre livet. Gjennom å oppdage, utfordre og endre tankemønstre kan man påvirke følelsene og situasjoner som man finner vanskelige mener Arnet (2009).

For at kognitiv miljøterapi skal bidra til at personene mestrer diagnosen bipolar lidelse, er det viktig at terapeut og den personen det gjelder innehar kunnskap om; bipolar lidelse, dens symptomer og utfordringer og kognitiv terapi. For å kunne bistå personer med bipolar lidelse må terapeuten ha en forståelse av, hva det er som får de til å mestre. Kunnskap om; egen diagnose og behandling, oppleve å få støtte, anerkjennelse, forståelse, trygghet og tillit av terapeuten og nære personer kan være motiverende faktorer som bidrar til at personen opplever en følelse av mestring.

Å få en varig sykdom kan innebære en varig kursendring, som påvirker både den som blir syk og de i rundt. En varig sykdom virker inn på hele personen og omgivelsene og ber om omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt. Å få vite at man har en sykdom som vil være med deg resten av livet vil komme som et sjokk, men etter hvert vil det kunne føles som en befrielse. Sitat fra «Hanne» som har bipolar lidelse: *«En del ting falt på plass. Når man tross alt er syk, er det bedre å ha en diagnose. Det var en lettelse å få et navn på det. Jeg vet nå at jeg har en sinnslidelse»*. Endelig et svar på hvorfor man er som man er – en opplevelse av sammenheng.

Antonovskys (2014) representerer et forholdsvis nytt syn på helse og sykdom hvor fokuset er menneskets evne til tilpasning for å øke mestring, helse og velvære og det som bidrar til at man opprettholder god helse, selv om man utsettes for sykdomsfremkallende faktorer.

Symptomer på depresjon kan alle oppleve å få en eller annen gang i livet, som eks. en følelse av håpløshet, tretthet, irritasjon, nedtrykthet, ubeslutsomhet, nedsatt konsentrasjon osv. Jeg har erfart at personene reagerer ulikt på sine lidelser, og man kan se at de ikke har det så veldig bra i

perioder. Noen kan jobbe som før og takle sykdommen, mens noen må gjøre store endringer i livet for å kunne klare seg best mulig. Min erfaring er at depresjonen tynger voldsomt og gjør til at de stenger seg inne og unngår mest mulig kontakt med slekt og bekjente. Hvis de ønsker kontakt, blir det mest en til en forhold. Man kan nesten få følelsen av at man blir «spist opp», i slike stunder. Vet man ikke nok som terapeut om bipolar lidelse og dens utfordringer klarer man ikke å vise forståelse overfor de personene det gjelder. Snoek og Engedal (2012) mener at en lettere form for psykisk lidelse kan betraktes som en naturlig del av livet og det å være et menneske, men hos noen kan det få en varighet, omfang og styrkegrad som strekker seg langt ut over det som kan sies å være «normalt».

Som terapeut må man vite at bipolar lidelse er en kronisk, psykisk lidelse som preges av uforutsigbare og uregelmessige svingninger i sinnsstemningen. Svingningene kan være oppstemt eller nedstemt. Symptomer, debutalder og samsykelighet er viktig kunnskap som er av stor betydning når man som terapeut skal bistå en person med bipolar lidelse. Debutalder ved bipolar lidelse er avhengig av om man har det i genene eller om det er påført via traumatiske opplevelser på f.eks. jobb. Studier som er utført viser til at tidlig debut av bipolar lidelse er forbundet med alvorligere sykdomsbilde og dårligere prognose. Når det gjelder samsykelighet er det viktige faktorer ved valg av behandling, effekt av behandling og generell prognose som må tas ifølge Ødegaard, Høyersten og Fasmer (2012).

Personer med bipolar lidelse har ofte utfordringer som de ikke klare å hankes med uten hjelp fra en utenforstående. Det å skaffe seg et nettverk er en barriere som er ganske tøff fordi at personer med bipolar lidelse helst vil være usynlig og å grave seg ned i sin egen selvmedlidenhet. Mange har også vanskelig for å tro på behandlingen ettersom det ofte kan ta litt tid før det gir resultater. Kanskje må det byttes medikament et par ganger før man finner det som egner seg best til den enkelte. Noen kutter ut behandlingen når de kjenner at de er «friske». Dette kan fremskynde en periode med mani/depresjon, fordi man blir lettere mottagelig for stressorer når medikamentet ikke ligger å demper symptomene. Kunnskap om egen behandling er viktig - å vite hva medikamentene gjør med deg som person og at det finnes både ulemper og fordeler med en behandling. F.eks. Man må ta blodprøver for å sjekke blodspeil. Det kan være at man må prøve ut flere typer medikamenter før man finner den rette, og at medisin er viktig både som forebygging og i akutt behandling. Som Licht (2012) skriver er det viktig å vite at kombinasjonen medisinsk behandling og psykologisk behandling er mere brukt. Kunnskap om egen diagnose bipolar lidelse vil kunne styrke personen til å mestre utfordringene, føle seg nyttig og være uavhengig. Antonovsky (2014) fant ut at en person som har en høy OAS, har også en høy grad av mestring og helse. For å oppnå denne opplevelsen av sammenheng må personen kunne forstå situasjonen, ha tro på at man kan finne løsninger og finne god mening i å forsøke på det. Som mennesker er vi i samspill med omgivelsene og åpenhet rundt sykdommen har jeg erfart er viktig. Det blir da enklere å få støtte fra pårørende og venner, som også kan bidra til å hjelpe personen med

å komme i aktivitet – «et spark bak», slik at man får en følelse av å mestre noe. Støtte fra nære personer og terapeuten vil kunne føre til at personen kommer frem til egne konklusjoner, hvor personens følelser, meninger og erfaringer er sentrale. Gjennom utprøving og refortolkning av negative automatiske tanker er målet å endre dysfunksjonelle reaksjonsmønstre. Å få anerkjennelse og forståelse av personer som står deg nær er en fordel når man får en kronisk sykdom.

I en av mine praksiser fikk jeg erfare hvor viktig det er for mennesker med psykiske lidelser å vise hva de kan. For å gjøre en lang historie kort: Da jeg begynte i praksis var de for det meste overlatt til seg selv. De fikk servert mat og hjelp til hverdagslige ting som klesvask, gulvvask, koppvask, vanning av blomster osv. Jeg fikk høre at de hadde vanskelig for å snakke med andre og at de ikke gidde å gjøre noe selv. Etter endt praksis hadde vi fått motivert dem til å mestre det meste selv, ved hjelp av; miljøregler, tilstedeværelse av personalet, samtaler en gang pr. uke, motivering underveis og fokus på det de kunne mestre selv. Personene på bofellesskapet syntes etterhvert det var gøy å mestre hverdagslige aktiviteter som; å dekke bordet og å rydde av igjen. Det ble mere sosialisering i bofellesskapet og de snakket mere sammen. De tok også mere ansvar for renholdet på sine leiligheter. Det var nok at personalet var tilstede og forklarte underveis hvis noe oppsto.

Som jeg har forstått miljøterapi er det viktig å øke pasientens egen selvinnsikt og mestring, og å hjelpe pasienten til å forstå hvordan man påvirker og påvirkes av andre. Ifølge Sommerschild (2010) og Grue (2001) kan mestring forstås som noe den enkelte personen behersker, deltar i og selv bestemmer. Med denne forståelsen blir mestring noe vi ikke kan gjøre for andre, man må heller finne frem til hva som skal til for at den enkelte får tro på muligheten til å mobilisere egen styrke. Det handler om den enkeltes tro på å kunne klare å løse en oppgave, ha en viss kontroll over sin egen tilværelse og kunne justere følelsene, handlingene, og forestillingene i en ønsket retning. Grue (2001:140) beskriver mestring som menneskets evne til å forholde seg til de utfordringer og påkjenninger en møter i livet i tråd med en slik forståelse. Håkonsen (2011:279) beskriver mestring som individets måte å forholde seg på til og løse en situasjon eller hendelse som medfører mistriksel, ubehag eller trussel mot ens integritet.

Waaktaar & Christie (2000) ifølge Tuntland skriver at mestring er knyttet til; identitetsbekreftelse, utfoldelse og selvrealisering, og uavhengighet og selvhjulpenhet. Som Tuntland (2010:31) beskriver; Det å mestre, gir en opplevelse av frihet og selvstendighet og en bekreftelse på at man klarer seg selv og er selvhjulpen. Gleden ved det å mestre, å strekke seg og å lære noe nytt kan være en drivkraft som er knyttet til behovet for selvrealisering. Å klare noe man ikke klarte før, kan gi en dyp tilfredsstillelse og utvikling av et positivt selvbylde.

Å mestre innebærer å øke muligheten for selvbestemmelse og selvstendighet. Ved å ha denne forståelsen av hvordan personen mestrer kan man som terapeut komme bak symptomene og se ressursene som personen har. Ved å ha forståelse for bipolare lidelser, dens symptomer og utfordringer og kunnskap om kognitiv terapi bidrar terapeuten til å kunne dokumentere eventuelle virkninger eller bivirkninger av ulike behandlingsmetoder.

4.2 Bevissthet om egen rolle og den gode samtalen.

For å kunne utøve kognitiv miljøterapi er det viktig som terapeut å kjenne sin rolle. Som terapeut er man på en måte en katalysator hvor man stimulerer personen til å endre sin situasjon. I en veilederrolle gir man ressurser i form av kunnskap, innsikt, ferdigheter, erfaring, kontakter, støtte og tilslutt bidrar man til at personen evt gruppen klarer å handle selv. Som terapeut skal man tilrettelegge for utvikling, vedlikehold av ressurser, forebygge funksjonssvikt og fremme økt livskvalitet. Man skal også kunne tilrettelegge for sosial samhandling og å gi profesjonell veiledning til tjenestemottagere innen mange områder, gi personer opplæring og/eller opptrening, følge opp vedtak i henhold til individuell plan (IP), kvalitetsrutiner og aktuelt lovverk ifølge Hutchinson (2010), FO (2013) og Linde og Nordlund (2012).

Som terapeut er det viktig å vite at atferd og følelser påvirkes av hvordan man oppfatter og opplever hendelser. Terapeuter må kunne en del om kognitiv terapi for å kunne jobbe med kognitiv miljøterapi. Hovedsynspunktet i kognitiv terapi er at psykologiske problemer har sin rot i hvordan vi tolker en hendelse, situasjon, symptom eller atferd mener Wilhelmsen (2004). Berge og Repål (2010) hevder at kognitiv terapi er opptatt av hvilke tanker som knytter seg til her og nå-situasjonen, og at nøkkelen til endring ligger i å fokusere på her-og-nå-situasjonen. Man har med seg egne tidligere erfaringer inn i her-og-nå-situasjonen, og de farger de brillene du ser verden gjennom og kan noen ganger skape problemer. Arnet (2009) mener at gjennom å oppdage, utfordre og endre tankemønster kan man påvirke følelsene og situasjoner som man finner vanskelige. I praksis består kognitiv terapi av ulike terapeutiske metoder som; - den gode samtalen, - overlevering av kunnskap om lidelsen til personen, - kartlegging av situasjoner og atferd, - være tankedetektiv, - hjemmeoppgaver, - eksponeringsøvelser, - rollespill og visualiseringsøvelser ifølge Arnet (2009).

Miljøterapi er relasjonsorientert, for uten en god relasjon kan man heller ikke støtte/bistå en som trenger hjelp. Relasjon er viktig uansett hvilken type miljøterapiform man velger å bruke. Kommunikasjon mellom mennesker er selve grunnlaget for helse- og sosialfaglig arbeid generelt og ved psykisk helsearbeid. Samtalen og ulike former for relasjonsbygging er avgjørende virkemidler i arbeidet. Evner man ikke å møte folk på en god og respektfull måte, evner man heller ikke å hjelpe dem. Ydmykhet og evnen til å lytte er en viktig egenskap man må ha i dette arbeidet, hvis man skal få

til «den gode samtalen» som betegnes som et viktig middel. Har erfart at med god tilknytningsevne kan man få til en god relasjon. For å få til en god relasjonsbehandling med muligheter for å påvirke og endre emosjonelle hukommelsesmønstre kreves det følelsesmessig involverende og engasjerende behandlere.

Ifølge Jacobsen og Gjertsen (2010) springer god miljøterapi ut fra en forståelse av det mennesket det gjelder og kjennetegnes med at man tilrettelegger gjennom forståelse av mennesket med spesielle behov. Profesjonell kommunikasjon er basert på yrkets verdigrunnlag, og all kommunikasjon i helseprofesjonene er ment å være til hjelp for personen og pårørende mener Eide & Eide (2007). Den hjelpende kommunikasjon er anerkjennende, skaper trygghet og tillit, og formidler informasjon på måter som bidrar til å løse problemer og stimulerer til at personer og pårørende mestrer situasjonen så godt som mulig. Kommunikasjon er en forutsetning for empowerment og etiske verdier som likeverd, hensyn til personens beste og respekt for personens rett til selvbestemmelse mener Eide & Eide (2007). Relasjonskompetanse i arbeid med mennesker innebærer å ha et reflektert forhold til hvilken betydning båndet har for samhandlingen. Man må kjenne seg selv, å kunne leve seg inn i hvordan andre mennesker opplever verden og hvordan man kan legge til rette for fruktbare relasjoner og samspill.

Ved å anvende kunnskapen man har tillært seg som terapeut, kan man bidra til at personen får økt god psykisk helse, og som terapeut kan man bli mere våken på de ulike sårbarhetsfaktorene som er gjeldene.

4.3 Kognitiv miljøterapi som metode.

Kognitiv miljøterapi som metode kan bidra til å mestre fordi den har som mål å utvikle personens mestringstro og tiltro til å forklare tanker, følelser og handlinger (Simonsen, 2007). Som Solbjør og Kleiven (2013) fremhever anvendes det teorier og prosedyrer fra kognitiv terapi som den primære referanse for den kliniske praksisen i behandlingsmiljøet. Kognitiv terapi kalles også kognitiv atferdsterapi og er et paraplybegrep som dekker ulike terapeutiske metoder i praksis som; - den gode samtalen, - overlevering av kunnskap om lidelsen til personen, -kartlegging av situasjoner og atferd, - å være tankedetektiv, - hjemmeoppgaver, - eksponeringsøvelser, - rollespill og visualiseringsøvelser mener Arnet (2009).

Forholdet mellom tanker, følelser og atferd er svært sentralt i kognitiv teori hevder Wilhelmsen (2004), og det er viktig at personen tenker gjennom hvordan dette henger sammen tidlig i terapien. Han mener at hovedsynspunktet i kognitiv terapi er, at psykologiske problemer i stor grad har sin rot i hvordan man tolker en hendelse, situasjon, symptom eller atferd. Det gjelder å holde seg realistisk og smart i forhold til det som oppstår. Eks. Ved personlige tragedier, dødsfall eller en eller annen livshendelse. Samme type hendelse kan utløse helt forskjellige følelser og atferd, avhengig av hvem man er og hvilke holdninger man har til seg selv, fortiden, fremtiden eller verden.

Kjernen i kognitiv terapi ifølge Berge og Repål (2010), er at man velger ut og tolker informasjon. Hva man velger ut og hvordan man tolker det, vil avhenge av tidligere erfaringer og forventninger man har til den aktuelle situasjonen. Tankene man har om en hendelse vil påvirke hvilke følelser som blir knyttet til hendelsen. Kognitiv terapi som metode har som mål å utvikle evnen til å tenke realistisk og analyserende med hensyn på å øke mestring og bedre kvaliteten på de emosjonelle opplevelsene. Metoden har også som mål å gi personen anledning til å komme ut av de automatiserte negative tankene gjennom å benytte modeller og skjema som kan identifisere pasientens problemer og finne alternative fortolkninger av situasjoner som kan benyttes til bearbeiding av skjema(tankekart).

Ved å endre tankemønster mener Eknes (2006) at man kan identifisere og håndtere tidlige varseltegn på symptomer, man kan utvikle strategier for å takle maniske, hypomane eller depressive faser og man kan etter hvert flytte fokuset på andre psykososiale vansker. Som Repål A. (2009) og Berge og Repål (2010) skriver kommer kognitiv av ordet kognisjon og betyr bearbeiding av informasjon. De fremhever at kognitiv terapi er opptatt av tanker som knytter seg til her-og-nå-situasjonen og tidligere erfaringer man har med seg inn i her-og-nå-situasjonen. Noen ganger farger brillene man ser verden gjennom og det kan av og til skape noen problemer. Gjennom å oppdage, utfordre og endre tankemønster kan man påvirke følelsene og situasjoner som man finner vanskelige mener Arnet (2009). Hun mener kognitiv terapi er sunn fornuft satt i et system, men at det passer ikke for alle.

Samarbeid, kontinuitet og faglig kompetanse er viktige faktorer som man må være oppmerksom på ved bruk av kognitiv miljøterapi som metode. Å bli møtt av faglig kompetente terapeuter og kontinuitet i omsorgen vil bidra til trygghet og økte muligheter for samarbeid og mestring. Skre (2009) beskriver terapi som å løse et fysisk eller psykisk problem og det er en samlebetegnelse for all behandling. Eks. Medisinsk, psykologisk, fysikalsk eller naturmedisinsk. Det overordnede målet for en terapeut er å bidra til at menneskene man arbeider med oppnår høyest mulig grad av livskvalitet mener FO (2013) og Linde og Nordlund (2012).

Personer med bipolare lidelser har behov for respekt, vennlighet og ekte tilstedeværelse. Det å bli sett, hørt, respektert og møtt med likeverd er grunnleggende forutsetninger for å kunne hansk

med sykdom og lidelse (Helsedirektoratet 2011). Det å forstå og samhandle med mennesker man møter i yrkessammenheng på en god og hensiktsmessig måte mener Røkenes og Hanssen (2011) er en viktig kompetanse. En kompetent terapeut kommuniserer på en måte som gir mening, som ivaretar den overordnende hensikten med samhandlingen, og som ikke krenker den andre parten. En slik kompetanse innebærer at terapeuten må kunne stå i flere ulike situasjoner. Eks følelsesladete situasjoner ved gråt eller i en situasjon der det er lite man kan gjøre for å hjelpe den andre – eks. når noen skal dø. Kvaliteten på helsetjenester avhenger av den enkelte terapeuts holdninger og kvalifikasjoner. Det å være et medmenneske er en viktig rolle, men man må ikke glemme den faglige forankringen mener Linde og Nordlund (2012). For å kunne ta ansvar for miljøarbeidet på arbeidsstedet, må man også kunne å veilede medarbeidere ved å sette ord på hvorfor man gjør det man gjør. For å få til det kreves det kunnskap og erfaring.

Personer som er psykisk syk trenger kontinuitet i omsorgen, til trygghet og økte muligheter for mestring. Viktigheten i behandlingen er den langvarige kontakten mellom pasient og terapeut. Som terapeut fremhever Licht (2012) at man må gjøre personen oppmerksom på, at behandlingen kan ta lang tid, den kan begynne å fungere etter mange måneder eller flere års medisinsk og psykologisk behandling. Når personen deltar i planlegging, gjennomføring og evaluering av eget tjenestetilbud, kan personen i større grad påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser. Dette kan påvirke selvbildet på en positiv måte, styrke personens motivasjon og bidra positivt til personens bedringsprosess og således ha en terapeutisk effekt. I motsatt fall kan hjelpeløsheten mange personer opplever bli forsterket.

Alle har noe positivt som de kan mestre, men ofte blir det terapeuten som må hjelpe personene til å se de små trekkene, slik at de selv ser at det er en mulighet til å komme seg ut av situasjonen. Som terapeut kan det være lurt å kle av seg terapeutrollen, slik at man blir mere personlig på en profesjonell måte, men uten faglig kunnskap kan ikke terapeuten gjøre det. Uten den faglige forankringen, samarbeid og kontinuitet kan man ikke som terapeut evne å se personen bak diagnosen, ettersom at medmenneskelige forhold og tillit utvikles over tid.

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg fått en forståelse for at alle former for miljøterapi har fellestrekk som samspill på et medmenneskelig og respektfullt grunnlag, og at samtalen og ulike former for relasjonsbygging er avgjørende virkemidler i arbeidet med mennesker. Arnet (2009) mener kognitiv terapi er sunn fornuft satt i et system, og metoden passer ikke for alle.

KAPITTEL 5. AVSLUTNING

Arbeidet med bacheloroppgaven har vært lærerikt. Kognitiv miljøterapi kan hjelpe personer med bipolare lidelser til å mestre hverdagen, fordi den inneholder kognitiv individuell atferdsterapi som har som mål å øke pasientens refleksjons- og mestringsfølelse ved å fokusere på personens tankemønstre og tolkninger av det som skjer i her-og-nå-situasjonen. Utgangspunktet er personens konkrete problemer eller plager og dagsformen bestemmer hvordan terapien skal utføres ut ifra om personen er; deprimert, lett oppstemt eller i normalt stemningsleie. Eknes (2006) fremhever ved å endre tankemønstre kan personen oppdage og håndtere tidlige varseltegn på symptomer, man kan utvikle strategier for å takle maniske, hypomane eller depressive faser og man kan etter hvert flytte fokuset på andre psykososiale vansker.

Jeg ser også at det er viktig å skape gode relasjoner, å lytte, få fatt i helheten i personens livssituasjon, lidelse og symptomer. Kommunikasjon mellom mennesker er grunnlaget for helse- og sosialfaglig arbeid generelt og ved psykisk helsearbeid. Samtalen og ulike former for relasjonsbygging er avgjørende virkemidler i arbeidet. Evner man ikke å møte folk på en god og respektfull måte, evner man heller ikke å hjelpe dem. Ydmykhet og evnen til å lytte er en gammel og velkjent, og viktig egenskap man må ha i dette arbeidet, hvis man skal få til «den gode samtalen». Jeg har selv erfart at det er viktig med gode relasjoner, tillit og kontinuitet over tid i en av mine praksisperioder på vernepleiestudiet.

Jeg har også funnet ut at det kan det være lurt å «kle av seg» terapeutrollen og bli litt mere personlig på en profesjonell måte, være et menneske med kjøtt og blod, som Bowitz (2004) skriver. Han hevder det fører til at det da blir lettere for personen med bipolar lidelse å åpne seg.

Jeg ser at forståelsesramme i miljøterapi ifølge Jacobsen og Gjertsen (2010:13) er det vi møter teori, kunnskap og forståelsen av mennesket med. God miljøterapi springer ut fra en forståelse av det mennesket det gjelder og kjennetegnes med at man tilrettelegger gjennom forståelse av mennesket med spesielle behov. Ved å se hele personen i en sammenheng, ikke bare diagnosen, kan man klare å se ressursene personen har. Det er derfor viktig med et målrettet arbeid som fremmer personenes muligheter for læring, mestring og personlig ansvar. Som terapeut har man som oppgave å hjelpe personen til å se at man kan velge forskjellige holdninger. Hvilke holdninger og verdier personen vil ha må personen velge selv mener Wilhelmsen (2004).

Jeg har vært inne på flere begrep i oppgaven som jeg erkjenner ville ha styrket min oppgave hvis jeg hadde utdypet de mere. Empowerment, selvbestemmelse, medikamentbehandling og ulike mestringsstrategier hadde gitt oppgaven bredde.

Personalets holdninger, verdier og ferdigheter har mye å si innenfor miljøterapi.

Terapeutens rolle er å skape et gunstig miljø rundt personen ved å ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser i arbeidet ved å tilrettelegge for utvikling, vedlikehold av ressurser, forebygge funksjonssvikt og fremme økt livskvalitet. Etikk blir da en systematisk refleksjon over hvordan ting kan gjøres; hva er rett og galt, godt og vondt, rettferdig og urettferdig. Som Berge og Repål (2010) poengterer er kognitiv terapi først og fremst hjelp til selvhjelp der personen lærer å bli sin egen terapeut.

REFERANSER

- Aarre T.F. og Bugge P. (2012): *Stemningslidelser*. Et informasjonshefte om depresjoner og bipolare lidelser for pasienter, pårørende og andre. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
- Andreassen O. A (2012) i Haver B., Ødegaard K. J. og Fasmer O. B. (red.) (2012): *Bipolare lidelser*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Antonovsky A. (2014): *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Berge T. og Repål A. (2010): *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bowitz H.(2004) i Falck-Pedersen T. (2004): *Ta meg på alvor! Hva er psykiske lidelser og godt psykisk helsevern Samtaler med pasienter, pårørende og behandlere*. Oslo: Medlex
- Braut, G. S. (2014,14. februar). *Miljøterapeut*. I Store medisinske leksikon. Hentet 2. april 2015 fra <https://sml.snl.no/milj%C3%B8terapeut>
- Dalland O. (2013): *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utgave, 2. opplag 2013 Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Dikt av «Line» er hentet ut fra: <http://www.galskap.net/?tag=psykisk-sykdom> [30.11.14] kl. 11.05
- Eide T. og Aadland E. (2008): *ETIKKHÅNDBOKA for kommunenes helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Kommuneforlaget AS
- Eide H. & Eide T. (2011): *Kommunikasjon i relasjoner*. Samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eknes J.(2006): *Depresjon og mani*. Forståelse og behandling. Oslo: Universitetsforlaget
- Enebak J. (2009): *Utfordringer ved bipolar lidelse* er hentet ut fra <http://bipolart.no/web/?s=utfordring> [03.04.15] kl. 21.05
- Fo (2013): *Vernepleieren – Utdanningen og profesjonen*. Oslo: LO media
- Gjærum B., Grøholt B. og Sommerschild H. (Red)2010): *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Universitetsforlaget
- Grue, Lars (2001): *Motstand og mestring. Om funksjonshemming og livsvilkår*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Gunderson (1978) i Henriksen A. T., Smedvig K., Østebø G., Aanderaa M., Tytlandsvik M., Dahle A. S., Hammervold U., Stokka M., Haaland T. og Thorsen G-R. B. (1998) 6. utgave 2. opplag 2013: *Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stanger: Impress Media
- Haavik J. (2012) i Haver B., Ødegaard K. J. og Fasmer O. B. (red.) (2012): *Bipolare lidelser*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Haver B., Ødegaard K. J. og Fasmer O. B. (red.) (2012): *Bipolare lidelser*. Bergen: Fagbokforlaget.

Senter for Kognitiv Praksis (2008) er hentet ut fra: <http://www.senterforkognitivpraksis.no/om-senteret.html> [13.04.15] kl. 10.22

Simonsen I. E. (2007): *Kognitiv miljøterapi* er hentet ut fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=32384&a=2 [21.04.15] kl. 11.33

Skre, I. B. (2009, 15. februar). *Terapi*. I Store norske leksikon. Hentet 3. april 2015 fra <https://snl.no/terapi>

Snoek J. E. og Engedal K. (2012): *Psykiatrici. Kunnskap – Forståelse – utfordringer*. Trondheim: Akribe Forlag

Solbjør M. og Kleiven H. H.(2013): *Kognitiv miljøterapi – forskningsbasert kunnskapssammenstilling*. Rapport nr. 3/2013. Utgiver: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

Sommerschild (2010) i Gjærum B., Grøholt B. og Sommerschild H. (Red)2010): *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Universitetsforlaget

Tellnes (2008) i Larsen Ø., Alvik A., Hagestad K. og Nylenna M.(red)(2008): *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Thorgaard L. og Haga E.(2009): *Gode relationsbehandlere og god miljøterapi*. Relationsbehandling i psykiatrien – bind 1. Stavanger: Hertervig Forlag.

Tuntland H. (2011): *En innføring i ADL*. Teori og intervensjon. 2. utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS

Vandvik, I. H. (2014, 16. september). *Miljøterapi*. I Store medisinske leksikon. Hentet 3. april 2015 fra <https://sml.snl.no/miljøterapi>.

Vestergaard A. P. (2012) i Licht R. W., Straarup K.N. og Vestergaard P. (2012): *Bipolar lidelse. – en bog til mennesker med mani og depression og deres pårørende*. København Ø: Psykiatri Fonden.

Weisæth L. (2000) i boka til; Weisæth L. og Dalgard O. S(red.) (2000): *Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Wiker L. M.(2014): *Samhandlingsreformen*. Hentet ut fra <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen/id680424/> [27.04.15] kl. 12.55

Wilhelmsen I.(2004): *Sjef i eget liv. – en bok om kognitiv terapi*. Stavanger: Hertervig Forlag.

Ødegaard (2012) Haver B., Ødegaard K. J. og Fasmer O. B. (red.) (2012) i Haver B., Ødegaard K. J. og Fasmer O. B. (red.) (2012): *Bipolare lidelser*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ødegaard, Høyersten og Fasmer (2012) i Haver B., Ødegaard K. J. og Fasmer O. B. (red.) (2012): *Bipolare lidelser*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ødegaard, Syrstad og Ødegaard (2012) i Haver B., Ødegaard K. J. og Fasmer O. B. (red.) (2012): *Bipolare lidelser*. Bergen: Fagbokforlaget.

VEDLEGG

Søkematrise.

SØK Nr.	HVOR	SØKE - ORD	ÅRS - TALL	Matriale fra bibliotekkatologen.	RESUL - TAT	ANT. BENYTTET og hvem.
1	Oria	Bipolar	2004-2015	X	86 stk.	5 stk: Aarre og Bugge, 2008 Henriksen mfl. 2013 Haver, Ødegaard og Fasmer, 2012 Hånes, 2006 Licht R. W., 2005
2	Oria	Miljøterapi	2004-2015	X	94 stk.	8 stk: Solbjør og Kleiven, 2013 Jacobsen og Gjertsen, 2010 Henriksen mfl. 2013 Thorgaard og Haga, 2014 Linde og Nordlund, 2006 Bakken T. L, 2011: Samhandling med og uten ord. Lorentzen P., 2011 Ingeberg, Tallaksen og Eide, 2006
3	Oria	Kognitiv terapi	2004-2015	X	150 stk.	4 stk: Arnet E., 2009: Kognitiv terapi. Hva passer for meg? Berge og Repål, 2010 Wilhelmsen I., 2004 Eknes J., 2006
4	Oria	Mestring	2004-2015	X	24 stk.	1 stk: Antonovsky A., 2014
5	Oria	Salutogenese	2004-2015	X	51 stk.	1 stk: Langeland E. (2007) i Å leve med kronisk sykdom (2007)
6	Fylkes Biblioteket	Psykisk helse	2004-2015			3 stk: Kringlen E. (2008) Weisæth og Dalgard (2000) Falck-Pedersen T. (2004)